UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 125

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS DE LA NÉPHRECTOMIE POUR CANCER DU REIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

PAR

Elie PECHILLIOT

Né à Brest, le 19 mai 1890

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
MASSABUAU, professeur
JEANBRAU, agrégé lib. } *Assesseurs*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS

DE LA

NÉPHRECTOMIE

POUR CANCER DU REIN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0114

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 125

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS DE LA NÉPHRECTOMIE POUR CANCER DU REIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Elie PECHILLIOT

Né à Brest, le 19 mai 1890

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
MASSABUAU, professeur
JEANBRAU, agrégé lib. } *Assesseurs*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... DOYEN.
N... ..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM FEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲).
Physiologie.....	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✲)
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✲).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....	WATON ✲ (✲) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr. l.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. FORGUE, professeur, *président.* | MM. JEANBRAU, agrégé libre.
MASSABUAU, professeur. | RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES BEAUX PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR EDMOND CELLARIER

A MA TANTE MARIE CELLARIER

A MA FILLE

E. PÉCHILLIOT.

A MES MAITRES ET PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE DIJON

AU DOCTEUR CARUETTE
MON CHER GRAND AMI

A MES MAITRES ET PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

E. PÉCHILLIOT.

AVANT-PROPOS

Au moment d'abandonner la vie d'étudiant et d'aborder la vie de praticien, nous tenons à venir apporter un hommage respectueux et reconnaissant aux parents, maîtres et amis qui ont bien voulu nous soutenir de leur affection, de leur sympathie, de leur bienveillance et de l'appui de leur compétence.

A nos parents qui nous ont donné les moyens de poursuivre nos études nous adressons nos remerciements sincères pour les sacrifices qu'ils nous ont consentis.

A nos beaux-parents pour le bonheur vivant qu'ils nous ont donné; à notre femme, pour l'affection dont elle nous a entouré, à tous les instants et pour la sollicitude qu'elle nous a prodiguée nous disons merci du fond du cœur.

A nos maîtres de l'Ecole de Dijon et particulièrement au docteur Leclerc, nous venons adresser nos remerciements.

A nos maîtres de la Faculté de Montpellier, nous adressons également nos remerciements de nous avoir enseigné les principes de notre vieille et grande Faculté, principes qui, chaque jour, sont reconnus plus vrais et que la science dans sa marche montre à chaque minute plus exactes et plus justes.

Nous tenons à venir remercier Monsieur le docteur Caruette dont nous ne pouvons dire qu'un mot, c'est qu'il fut pour nous un père, aussi bien pendant les dix-huit mois

passés au feu ensemble, que pendant les trois mois que nous venons de vivre côte à côte.

Monsieur le professeur Forgue a bien voulu accepter de présider cette thèse qu'il nous a inspirée, nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait; merci encore à Monsieur le professeur Jeanbrau, qui a bien voulu nous prodiguer conseils et indications pour mener à bien notre travail.

Merci également, pour l'honneur qu'ils nous font, à Messieurs les membres de notre jury de thèse.

A tous encore nous disons merci de tout notre cœur et nous nous efforcerons de leur prouver notre reconnaissance en nous inspirant, tant dans notre vie d'homme que dans notre vie de médecin, de leurs principes et de leurs exemples.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS

DE LA

NÉPHRECTOMIE

POUR CANCER DU REIN

INTRODUCTION

Si nous examinons les diverses statistiques portant sur les néphrectomies pour cancer, l'on est frappé de la divergence des opinions, des écarts énormes entre les chiffres donnés et de la différence des conclusions que l'on serait en droit d'en tirer.

Alors que certains auteurs inciteraient, par leurs résultats, à intervenir toujours et quand même, d'autres, au contraire, imposeraient un abstentionisme presque absolu.

Dans le travail que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui, nous nous efforcerons de dégager des chiffres, ce qui nous semblera la vérité et pour ce faire nous nous inspirerons du plan suivi par M. le professeur Forgue dans son rapport de 1902.

Nos têtes de chapitre seront donc:

I. Rappel des statistiques antérieures et donnée de notre statistique personnelle.

II. Etude des statistiques au point de vue:

a) Mortalité opératoire.

b) Récidive.

c) Guérison.

III. Observations.

IV. Contre indications de la néphrectomie.

V. Ce que l'on peut faire pour l'améliorer.

VI. Conclusions.

I. — STATISTIQUES

Nous nous contenterons ici d'indiquer dans toute leur sécheresse les différents chiffres que nous avons pu recueillir. Nous diviserons cependant les statistiques en deux classes :

1° Celles qui porteront sur des cas opérés par divers chirurgiens ;

2° Celles qui, au contraire, sont le résultat des interventions pratiquées par un même chirurgien. Pour chacune nous spécifierons, autant que faire se pourra, le nombre de cas en jeu, la mortalité opératoire dans laquelle nous comprendrons tout malade mort au cours de l'intervention ou avant sa sortie de l'hôpital ; les survies ne dépassant pas un an, les guérisons que l'on peut considérer comme définitives, c'est-à-dire celles dépassant 4 ans.

Nous trouvons, en procédant par ordre chronologique, en ce qui concerne la première classe :

1886, Brodeur, 76 ‰ de mort opératoire ; 1888, Guillet, 72 % ; 1889, Siegriest, 54 ‰ ; 1891, Chevallier, 58 % ; 1892, Barth, 42 % ; 1895, Max Jordan, 20 % ; Roswing, 20 à 25 % ; 1897, Küster, 25 % ; 1898, Heresco, 24 ‰ ; 1902, Forgue, 20 % ; 1903, Albarran et Imbert, 22 % et 81 ‰ ne dépassèrent pas la première année sans récidive. En 1904, Lecène réunit 118 cas et il trouve 22 ‰ de morts opératoires.

En 1908 Taddeï, sur 434 cas, donne 21,15 % de mort opératoire.

En 1909, Brewer, sur 329 cas, donne 32,80 % de mort opératoire et 6 ‰ de guérisons définitives.

En 1909, Bloch, sur 124 cas, a 22 % de mort opératoire, 32,6 % de survie d'un an, et 22,7 ‰ de guérison définitive.

Enfin dans notre statistique personnelle, sur 43 cas (1), publiés, dont nous avons trouvé trace, nous avons:

7 morts opératoires	16,2 %
21 guérisons opératoires	48,8 ‰
7 allant de 1 à 4 ans.....	16,2 %
8 définitives	18,6 %

Chez l'enfant nous avons, sur 26 cas (2):

19 morts opératoires	73 %
6 guérisons de moins d'un an..	23 %
1 ayant dépassé 21 mois	3,9 %

Prenons maintenant les statistiques portant sur les cas opérés par un même chirurgien:

---

(1) De Berne Lagarde. — Legris et Duvoir. — Bazy (5 cas). — Chevassu. — Hallé. — Marion. — Gunn. — Squirre — Lefur. — Pillet (2 cas). — Gibson et Gibbs (2 cas). — Young. — Thomas Wolff. — Durand et Veyrier. — Mario Andres — Swift Jolly (3 cas). — Byloff. — Grandjean. — Jefferson — D. Bloom. — Bérard. — Lourmeau. — Rochet. — Schwartz. — Pauchet. — Picqué. — Colle et Gellé. — Depage (2 cas). — Latreille. — Charlier — Vennin.

(2) Barine et Donskoff. — Osvaldo Federici. — Weill et Moriquand. — Moncorvo (2 cas). — Lapierre. — Manson. — Jalaguier. — Baggio — Berntein. — Harden. — Finley. — Bell. — Wollstein. — Dand Wallace. — Fabien. — Fitch Cheng. — Rush. — Decreton. — Phely et Salin. — Provinciali. — Umberto. — Muller et Savy. — Loughnane — Salvatore del Villa. — Henry D. Jimp. — Beates et Wayne Babeack — Clarence A. M. C. Williams.

1° Statistique de Czerny (1895) sur 19 cas, la mortalité opératoire fut de 0; 6 récidives, 1 guérison de plus de 5 ans et demi; 2 trop récentes pour tabler dessus;

2° Statistique de Trendelenburg (1895) sur 12 cas: la mortalité opératoire fut de 3; récidives, 6; guérisons de plus de quatre ans, 1; récidives au bout de cinq ans, 1; mort par affection intercurrente, 1;

3° Statistique d'Israël (1901), sur 43 interventions: 9 morts opératoires: 18 récidives; 7 guérisons définitives; 4 guérisons de moins de 4 ans; 1 mort d'affection intercurrente; 4 résultats non indiqués;

4° Statistique de Riedel (1901), 15 cas dont: 1° 6 de tumeurs fixées; 2° 9 de tumeurs mobiles.

Dans le premier cas: 3 morts opératoires; 3 récidives.

Dans le deuxième cas, 1 mort opératoire; 6 récidives; 1 guérison définitive et 1 guérison d'un an;

5° Statistique de Schede (1902) sur 18 néphrectomies: 7 morts opératoires; 8 récidives et 3 guérisons définitives;

6° Statistique de Kronlein (1904) sur 10 cas: 1 mort opératoire; 7 récidives; 1 guérison définitive de 16 ans; 1 guérison de 2 ans et demi;

7° Statistique de Lecène (1904) sur 11 néphrectomies: 2 morts opératoires, 7 récidives, 2 guérisons trop récentes; pas de guérison définitive;

8° Nouvelle statistique de Kronlein: sur 22 cas il y a 9 % de mort opératoire;

9° Statistique d'Hartmann (1909), sur 13 opérés pas un n'a survécu longtemps;

10° Statistique de Rafin ((1911) sur 20 cas: 7 morts opératoires; 5 récidives rapides; 6 guérisons définitives; 2 guérisons de dates très récentes;

11° Laughmane (1912), sur 12 cas: 2 moururent de récidive dans les six mois, 4 survécurent plus de trois ans;

3 furent perdus de vue ; 1 mourut de tuberculose ; 2 étaient bien portants un an et six mois après ;

12° Jocelyn Swann (1913), sur 8 cas : 2 moururent de l'opération ; 3 récidivèrent moins d'un an après ; 3 survécurent deux ans et plus ;

13° Braasch (1913), sur 83 malades, les frères Mayo n'en opérèrent que 61, trouvant les autres inopérables. Sur les 61 opérés, 11 moururent à l'hôpital, 10 survécurent moins d'un an, 7 plus d'un an, 12 plus de deux ans, 4 plus de cinq ans, 1 plus de huit ans ;

14° Schaw Dunn (1913), sur 10 cas : 1 meurt au bout d'un an, 1 récidive au bout de six moic, 2 meurent de l'opération, 1 est vivant actuellement ;

15° Kummel (1913), sur 58 opérations il y a 19 morts opératoires et 6 récidives dans les deux ans ;

16° Bier (1913), sur 18 malades opérés aucun n'a survécu longtemps ;

17° Hartung, sur 5 cas : 3 morts opératoires et 2 guérisons opératoires.

II. — ETUDE DES STATISTIQUES

Ayant rassemblé les divers matériaux, nous allons examiner les notions qui se dégagent de l'étude de ces statistiques. D'ailleurs les indications que nous pouvons en tirer ne sauraient avoir rien d'absolu étant donné la dissemblance des cas examinés et surtout les lacunes que comportent ces statistiques. Car, malheureusement, tous les échecs n'ont pu être publiés et souvent bien des malades n'ont pas été suivis pendant un laps de temps assez long pour que nous soyons en droit d'affirmer une opinion définitive sur leur sort futur.

Quoiqu'il en soit nous envisagerons les statistiques d'abord chez les adultes puis ensuite chez les enfants et pour chacune de ces deux classes nous examinerons à part :

a) Mortalité opératoire ;

b) Récidive ;

c) Guérison que l'on est en droit de considérer comme définitives.

A. — Adultes

a) *Mortalité opératoire.* — Dans son rapport de 1902, M. le professeur Forgue signalait déjà la courbe descendante suivie par la mortalité opératoire. De 1886 à 1902 elle était passée de 66 % (Brodeur) et 72 % (Guillet) à

20 % (professeur Forgue). Les raisons de cette diminution de la mort opératoire ont été lumineusement exposées par notre maître et nous ne nous permettrons pas d'y revenir. Depuis 1902 la courbe a continué à descendre, peu sensiblement il est vrai. Albaran, en 1909 donne 15 % et Kronlein en 1908 ne donne que 9 %. Sur les 43 cas que nous avons pu réunir la mortalité est de 16 %.

A côté de ces statistiques plutôt encourageantes, il faut malheureusement en citer d'autres plutôt décevantes : celle de Hartung qui, en 1914, retombe à 60 % et celle de Eden portant sur des cas opérés à la clinique de Bier, en 1913, où 19 malades opérés moururent rapidement.

D'ailleurs ces divergences d'opinion s'expliquent fort bien car, avec M. Tuffier et Bréchot, nous pouvons dire que : « La gravité de la néphrectomie est plus grande si la tumeur est plus volumineuse et si il existe des ganglions, des adhérences ». Une statistique illustre particulièrement cette citation : c'est celle de Riedel (*in* Lecène) qui a 50 % de morts opératoires sur 6 cas de tumeurs adhérentes et qui voit cette mortalité s'abaisser à un décès sur neuf opérations pour tumeurs mobiles.

b) *Récidives.* — Et maintenant le nephrectomisé qui sort de l'hôpital est-il assuré d'une guérison définitive? Malheureusement non, car la récidive est généralement le lot habituel de ces opérés. Pour Albarran et Imbert les deux tiers des opérés ayant survécu à l'opération, meurent de récidive.

Il nous semble que dans les dernières années cette moyenne a été améliorée, car le professeur Rafin (*in* Lavoipière) n'obtient que deux cinquièmes de récidives pour les malades ayant survécu. Encore plus encourageant est Jocelyn Swann qui, en 1913, n'accuse qu'un tiers de récidive.

Ici deux questions intéressantes se posent : à quelle date apparaissent les récidives et à partir de quel moment est-il raisonnablement permis de ne plus les redouter?

Albarran nous donne 76 % de récidives pendant la première année. Kümmel de Hambourg également, au Congrès de chirurgie de Berlin en 1913, déclare que c'est dans la première année que se dessine le pronostic.

Pour Israël sur 96 malades, 83 n'ont pas eu de récidives pendant au moins trois ans, et sur 76 cas suivis pendant le délai nécessaire, il y a eu 57 survies.

M. Rafin donne 5 cas de récidive sur 20 opérés, ce qui nous donne 25 % dont 3 dans la première année (une des opérations avait été insuffisante, nephrectomie partielle).

Dans la statistique des cas recueillis par nous, 29 % des malades seulement ont dépasse un an.

Cette opinion est aussi celle des frères Mayo qui, sur 27 de ces enregistrés par récidive, en virent 11 se produire la première année, 4 la deuxième et 1 la troisième, la quatrième et la cinquième année.

c) *Guérison.* — Ceci nous amène à la deuxième question que nous nous étions posé.

A partir de quand peut-on considérer qu'une néphrectomie a été radicale et que le malade n'est plus sous le coup d'une récidive?

Les auteurs sont tous d'accord avec M. le professeur Forgue, pour fixer une limite de quatre ans quoique certain auteur cite une récidive d'hypernéphrome six ans et un autre onze ans après l'extirpation de la tumeur primitive.

Et, d'abord y a-t-il réellement des guérisons. Oui, car il n'est pas admissible que des tumeurs à marche rapide telles que épithélioma et sarcomes, quoique l'on en ait cité

qui évoluent en 10, 15 ans et plus, et surtout donnant lieu à des symptômes alarmants, tels que cachexie ou hématurie (cf. chap. IV, obs. I et II de M. Jeanbrau), n'aient pas du leur guérison réelle à l'intervention.

Donc il existe des guérisons. Sont-elles nombreuses? Non. Aux 25 cas réunis par M. le professeur Forgue, Lavoissière en apporte 14 et dans le même ouvrage l'auteur cite Roswing qui, en 1908, à la Société nationale de chirurgie, rapporte 50 cas de néphrectomie pour tumeurs malignes avec 8 cas sans récidives, depuis 5 ans. Et en 1909 Bloch, sur 83 opérés, cite 19 guérisons. Personnellement nous avons à citer deux guérisons de 11 ans de M. le professeur Jeanbrau, 3 de M. Bazy, 14, 8, 5 ans, 1 de 4 ans de M. Grandjean après une double extirpation de récidive; 1 de 7 ans, de M. Bérard, 13 d'Israël, 5 de MM. Mayo.

Nous voyons que depuis 1876, date de la première néphrectomie pour cancer, les guérisons ne sont pas légion et Albarran nous semble empreint d'optimisme quand il donne 30 % de guérisons définitives.

En résumé la mortalité opératoire est encore assez forte, les récidives fréquentes, les guérisons rares.

B. — Enfants

Chez les enfants nous suivrons la même marche que chez l'adulte.

a) *Mortalité opératoire.* — Ici encore les avis sont contradictoires.

Marquez (1898) sur 50 cas signale 46 % de morts opératoires. Albarran donne 25 à 30 %. Lecène, 12 %. Loughnane, 77 %. Dans les cas que nous avons recueillis, la

moyenne de 76 % est atteinte en ce qui concerne les morts opératoires. Nous avons d'ailleurs à l'appui de notre statistique l'avis de MM. les professeurs Forgue et Reclus qui, dans la Thérapeutique chirurgicale s'expriment ainsi : « Chez l'enfant, soit qu'il faille incriminer l'évolution accélérées des néoplasmes rénaux d'origine congénitale probable, soit que les jeunes enfants aient moins de résistance au collapsus opératoire, la chirurgie est tellement précaire qu'elle nous paraît devoir abdiquer. »

b) *Récidives.* — Quand au sort des petites malades qui survivent à l'opération, leur vie est bien aléatoire.

En effet, Marquez, en 1898, nous donne, sur 46 cas, 17 morts par récidives.

Loughnane, en 1914, sur 12 cas, a 33 % de malades ayant survécu plus de trois ans.

Wagner cite bien 34 cas de guérison, mais il prend deux ans comme laps de temps suffisant entre l'opération et la date de ses résultats.

Fischer donne la note pessimiste quand il annonce 100 % de récidives.

C'est, hélas, au point de vue statistique notre résultat puisque sur 21 cas : 1 seul a survécu 21 mois.

Chez les enfants il semblerait d'ailleurs que la récidive est plus précoce encore que chez l'adulte.

Mouchet, sur 42 cas de récidive, en cite 29 dans les 6 premiers mois, 10 de 6 mois à 1 an, 1 à 3 ans et demi, 1 à 4 ans, et 1 à 5 ans.

c) *Guérisons.* — Et cependant il existe des guérisons. M. le professeur Forgue en cite 44 cas ; Lecène 14 ; Loughnane, 1 cas ; Bastianelli en a publié 1 cas en 1907.

Il est à remarquer d'ailleurs que les médecins ou chirur-

giens d'enfants sont très pessimistes en ce qui concerne la néphrectomie, entre autre Jalaguier (*in* Nobécourt); Mouchet: « Extirpation difficile et grave; la récidive est la règle après la néphrectomie chez les enfants ». Kirmisson: « Mortalité opératoire considérable. Albarran et Imbert conseillent l'intervention même chez les enfants très jeunes.

Nous craignons que ce conseil ne soit empreint d'un optimisme dangereux. »

En résumé la mortalité opératoire est énorme, la récidive forme la règle, la guérison est l'exception.

Nous aurions voulu pouvoir classer les résultats précédents d'après la nature histologique des tumeurs mais Tuffier et Biéchot déclarent en 1914 que: « Malgré de nombreux travaux aucun caractère spécifique n'est encore trouvé pour servir de base à une classification nette. Aujourd'hui comme hier la valeur de l'hypernéphrome n'est pas déterminé. » Toutefois il nous semble que chez l'enfant la tumeur d'allure sarcomateuse ait la prédominance et entraîne un pronostic plus grave.

III. — OBSERVATIONS

Après l'étude de ces statistiques il reste encore un doute dans l'esprit, nous allons essayer de le dissiper en prenant deux types de néoplasmes caractéristiques dont nous allons donner les observations, dues à l'obligeance de M. le professeur Jeanbrau.

Les deux premières sont des tumeurs limitées, petites, non adhérentes; la troisième, au contraire, est une tumeur énorme ayant contracté de nombreuses adhérences.

Observation première

Néoplasme rénal du volume d'une cerise révélé par d'abondantes hématuries. Néphrectomie par MM. Jeanbrau et Etienne

Mme M. R..., 29 ans, cuisinière, envoyée par le docteur Gaujou pour des hématuries très abondantes à répétition, entre à la clinique des maladies des voies urinaires de Montpellier, le 15 juin 1912.

Maladie actuelle. — Le 15 octobre 1911, cette dame s'aperçoit par hasard, en vidant son vase, que ses urines sont sanglantes et contiennent des caillots vermiformes assez abondants. Cette première hématurie, survenue entre deux périodes menstruelles continue sans douleur et sans

le moindre phénomène vésical pendant quarante-huit heures. Mais le troisième jour survient une violente colique néphrétique gauche, avec douleur irradiée à l'aine correspondante.

Une injection de morphine détermine un calme relatif. Mais la malade resta au lit pendant huit jours, très affaiblie par cette première hématurie.

Le 25 octobre, cette dame reprend ses occupations et, pendant 7 mois et demi ne présente rien d'anormal. Spontanément, le 28 mai 1912, survient une nouvelle hématurie avec nombreux caillots et violentes coliques urétérales gauches. Cette hématurie, très abondante comme la première fois, dure trois jours.

Une semaine après, le 8 juin 1912, troisième hématurie, avec forte douleur réno-urétérale gauche, qui ne cesse que le 11 juin au soir. Elle se décide à venir à Montpellier pour se faire examiner.

Examen de la malade à son entrée, le 15 juin 1912: femme bien constituée, paraissant assez affaiblie. Ses antécédents morbides se réduisent à une typhoïde légère dans son enfance. Elle déclare avoir maigri légèrement depuis quelques mois. En dehors des hématuries et des coliques urétérales qui les accompagnent, elle n'éprouve rien d'anormal. Jamais de douleur lombaire ni de phénomènes vésicaux dans l'intervalle des crises.

A la palpation, les reins ne sont pas perceptibles. On recherche avec soin pendant plusieurs jours consécutifs, les points douloureux de Bazy et de Pasteau. On n'en constate aucun: le point pyélo-urétéral de Bazy qui manque si rarement, n'existe pas.

Les urines sont limpides, ne contiennent pas d'albumine. Par centrifugation, on obtient un culot minime formé de leucocytes; pas de microbes.

L'aalyse des urines en vingt-quatre heures donne les chiffres suivants :

Quantité des vingt-quatre heures.....	940 cc.
Densité	1,030
Réaction	acide
Urée	25 gr. 2 ‰
Chlorures	7 gr 6 ‰

La capacité vésicale dépasse 300 centimètres cubes. La cystoscopie montre que la vessie est normale et l'orifice urétéral droit, également; l'orifice urétéral gauche est largement ouvert, probablement parce que le passage de ombreux caillots a forcé son sphincter.

Le cathétérisme urétéral gauche se fait facilement, avec une sonde 8 Charrière, qui pénètre jusque dans le bassinet. Une injection intra-musculaire d'indigo-carmin est pratiquée au moment du cathétérisme : le bleu est éliminé avec la même intensité et l'élimination commence au même moment pour les deux reins (12 minutes). Le cathétérisme urétéral ne fait pas saigner le sein.

La malade avait bu à notre insu avant l'examen, de sorte que l'épreuve de la polynurie expérimentale a été faussée. La deuxième et la troisième prise ont donné à l'analyse les résultats suivants :

	2e PRISE		3e PRISE	
	Rein droit	Rein gauche	Rein droit	Rein gauche
Quantité.....	37 cc.	40 cc.	70 cc.	38 cc.
Densité.....	1,003	1,001	1,001	1,003
Urée par litre.....	3 gr. 84	2 gr. 67	2 gr. 19	2 gr. 47
Chlorure par litre.....	1 gr. 7	1 gr.	1 gr. 4	1 gr. 2
Albumine.....	traces	traces	traces	traces
Dépôts après centrifugation	Néant	Quelques hématies	Quelques cellules vésicales	Rares leucocytes, quelques hématies; ni cylindres, ni microbes, ni cristaux

Le rein droit sécrète donc 70 centimètres cubes d'urine contenant 0,153 d'urée, pendant que le rein gauche n'en sécrète que 38 contenant 0,093. Il y a donc déficience marquée du rein qui a été le siège des hématuries. Une radiographie du rein et de l'uretère gauche est négative au point de vue lithiase.

Le diagnostic est donc néoplasme probable du bassinet, peut être papillome bénin.

Néphrectomie le 22 juin 1912. Anesthésie à l'éther. Incision lombaire. Périnéphrite inflammatoire assez marquée qui oblige à libérer le rein aux ciseaux. Section de l'uretère au thermo-cautère. Ligature du pédicule. Drainage. Suture.

Réunion per priman. La malade sort guérie le 13 juillet.

Examen microscopique du rein: extérieurement le rein ne présente aucune altération apparente. Il est seulement un peu volumineux et mesure 14 centimètres de hauteur et pèse 135 grammes. La section habituelle permet de découvrir, au niveau du pôle inférieur, une zone ecchymotique, plus foncée que le reste du parenchyme, du volume d'une cerise. Cette zone ne paraît pas atteindre la capsule fibreuse, ni la ramification la plus proche du calice inférieur. En incisant le parenchyme perpendiculaire à la surface de section, on constate que cette zone ecchymotique est la coupe d'une formation fongueuse, friable, d'aspect cancéreux.

Il s'agit d'un épithélioma rénal, dérivant des tubes adultes épithélioma nodulaire nous présentant tous les stades intermédiaires entre le tissu normal et l'épithélioma urinifère.

Observation II

Epithélioma papillaire du bassinet. — Néphrectomie lombaire.
Guérison se maintenant depuis 9 ans
Par MM. Jeanbrau et Etienne

X..., 58 ans, négociant, est adressé à M. Jeanbrau en avril 1911 pour des hématuries abondantes à répétitions.

Maladie actuelle : sans antécédents morbides autres que la rougeole, la varicelle, et plusieurs bronchites. M. X... a présenté pour la première fois, il y a 15 ans, une hématurie spontanée et indolore. Cette hématurie, si courte, qu'elle se réduisit à un jet sanglant, à la fin d'une miction, ne s'accompagna d'aucun symptôme vésical ou rénal. Après une accalmie complète de deux ans, l'hématurie se reproduisit avec les mêmes caractères que la première fois, mais elle fut plus abondante.

Jusqu'en 1907 les hémorragies reparurent tous les deux ans, sans être jamais précédées ou accompagnées de coliques néphrétiques ni de phénomènes vésicaux. Depuis quatre ans, l'hématurie est devenue beaucoup plus fréquente et reparaît tous les trois ou quatre mois. Enfin cette année en 1911, elle devint inquiétante et se reproduisit presque toute les semaines.

Le 15 avril 1911, jour où je vois M. X... pour la première ofis, il est en pleine hématurie ; il émet des urines rouge foncé, sans la moindre douleur, sans dysurie, sans besoin impérieux. L'hémorragie est si abondante que je me borne pendant plusieurs jours à lui injecter dans la vessie 20 centimètres cubes du mélange de Bazy :

Goménol	10 gr.
Antipyrine	5 gr.
Huile d'olive stérilisée	100 gr.

Je lui administre en même temps chaque jour une potion contenant 4 grammes de chlorure de calcium.

L'hématurie dura huit jours, avec expulsion de caillots assez volumineux, parmi lesquels aucun ne présentait l'aspect vermiforme, considéré par les classiques comme caractéristique des caillots formés dans l'urétère ou expulsés par ce conduit.

Etat actuel en mai 1911 : la palpation des reins, les recherches des points para-ombilicaux de Bazy, des points de Pasteau, répétés tous les jours pendant une semaine, sont négatives.

Le toucher rectal permet de constater une prostate légèrement adénomateuse, souple, de consistance homogène, indolore.

L'urètre est libre et laisse passer une boule n° 26 avec facilité.

La cystoscopie, tentée en pleine hématurie, après un abondant lavage de vessie, avec du sérum artificiel antipyriné à 3 %, ne me donne aucun renseignement : le prisme et la lampe sont troublés par le sang dès leur pénétration dans la vessie, tellement l'hématurie est abondante.

Trois jours après la cessation de l'hémorragie, un examen cystoscopique, exécuté rapidement à cause de l'extrême sensibilité du patient, me permet de constater l'absence de néoplasme, de calcul, et d'ulcération dans la vessie qui paraît saine. Les orifices urétéraux ont un aspect normal, leurs lèvres paraissent souples, leur muqueuse n'est pas ectropsionnée. L'hématurie provenait donc des reins. En interrogeant le patient avec insistance, il finit par se rappeler qu'à certains moments il avait éprouvé une sensation passagère de constriction douloureuse, de « colique » irradiée de la région lombaire gauche au pli

de l'aine correspondant. Il est probable que c'est le rein gauche qui est malade.

Une radiographie des deux reins est négative.

L'analyse des urines donne les résultats suivants:

Quantité des vingt-quatre heures ..	1.300 cc.
Réaction	acide
Aspect	limpide
Densité	1.023
Urée	33 gr. 33 par litre
Chlorure	11 gr. 70 —
Phosphates	1 gr. 70 —
Albumine et sucre	néant

Dépôt: sédiment constitué par quelques mononucléaires, des plaquettes de cellules épithéliales de la vessie; ni cylindre, ni microbes. L'extrême sensibilité du patient au passage de l'urétéro-cystocope m'obligea à renoncer au cathétérisme urétéral. J'utilisai donc le séparateur de Luys qui me montra que le rein droit donnait deux fois plus d'urée que son congénère et réagissait à la polyurie expérimentale. De plus, l'épreuve de l'élimination provoquée par l'indigo-carmin montra que le rein droit laissait passer le bleu au bout de douze minutes, tandis que le rein gauche ne l'éminait qu'à partir de la dix-huitième minute.

Ces renseignements me parurent suffisants, étant donné l'excellent état du patient, pour proposer l'intervention. Il s'agissait certainement d'un néoplasme du rein, néoplasme à marche très lente, puisque la première hématurie remontait à quinze ans.

Néphrectomie lombaire le 31 mai 1911: chloroforme. Incision lombaire curvilique de Guyon. Libération assez facile du rein, malgré un certain degré de périnéphrite.

En extériorisant le rein, je m'aperçois que le bassinet est distendu, rempli par une masse consistante, qui lui donne le volume d'une petite mandarine. En le libérant de la graisse qui lui adhère, je déchire par mégarde la paroi du bassinet et aperçois entre les lèvres de la déchirure, une tumeur gris rosé, à la surface, framboisée. Il s'agit donc d'un néoplasme et je pratique aussitôt la néphrectomie.

L'urétère est coupé assez bas, en un point où il paraît sain. Suture de la paroi avec drainage.

Suites opératoires normales, troublées seulement par une crise d'entérite aiguë avec coliques violentes et selles fétides, entérite due probablement à l'ingestion de fraises crues, trop tôt, après l'opération. Les ferments lactiques en culture liquide eurent rapidement raison de cette crise, qui, en trois jours, avait notablement affaibli le malade.

Le patient émit 600 centimètres cubes d'urine pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. Quatre jours après il éliminait 1 litre. L'entérite occasionna une poussée de cystite à coli-bacilles qui céda aux injections de colargol et à l'uraseptine.

La guérison était complète en juillet 1911. J'ai revu le malade au mois de décembre suivant: il était en excellent état général, avait engraissé et repris ses occupations depuis plusieurs mois. Fonctions digestives normales. Deux mictions nocturnes en rapport avec l'état de sa prostate.

J'ai eu de ses nouvelles ces jours derniers, un an après l'opération. Il est en excellente santé et ne ressent aucun trouble.

En février 1920 le malade est encore vivant et bien portant.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma papillaire du bassinet.

Observation III

Sarcome du rein ayant déterminé une hématurie continue pendant 3 ans. Néphrectomie. — Guérison opératoire.

J'ai l'honneur de vous présenter le rein néoplasique qui pèse 1.050 grammes, que j'ai enlevé en mai dernier, à une jeune fille de 16 ans, dont voici l'observation.

Mlle C. R..., 16 ans, a eu une scarlatine bénigne en novembre 1905. En février 1906, hématurie qui apparut spontanément, sans douleur et qui, depuis, a continué avec quelques rares intermittences pendant lesquelles l'urine restait cependant rosée. Je vois la malade en mars 1910. Les urines sont presque noires. L'état général est mauvais. Le rein droit n'est pas perceptible, mais on détermine une légère douleur au niveau du point de Bazy.

La cystoscopie permet de reconnaître que la vessie est indemne et que le sang vient de l'urétère droit.

Etant donné la longue évolution de la maladie, je porte provisoirement le diagnostic de néoplasme bénin du rein droit ou de néphrite hématurique.

Je pratique, à quelques jours d'intervalle, deux séparations intra-vésicales d'urine. La première ne me donne pas de résultat car j'ai employé le petit modèle de l'appareil de Luys dont les tubulures sont trop petites et ont été oblitérées par des caillots sanguins.

Le 5 mai 1910, après injection dans la fesse droite, de 16 centigrammes d'indigo carmin, je pratique une seconde opération avec le grand modèle de l'appareil de Luys. Elle donne des résultats très nets, qui sont les suivants:

Analyse des échantillons d'urine par M. Taichère, docteur en pharmacie

	Rein droit	Rein gauche
Volume.	5	4
Aspect	Trouble	Légèrement trouble.
Couleur	Rouge hématurique	Bleue
Réaction..... ..	Acide	Acide
Urée.....	8 gr. 50 par litre	14,2
Chlorure	5,85	8,70
Albumine.....	3,50	Traces indosables.

Le bleu qui n'a pas apparu à droite, a passé à la onzième minute dans l'urine du rein gauche, l'injection d'indigo-carmin ayant été faite avant l'introduction du séparateur.

Cette exploration me permettait de conclure: 1° que le sang provenait exclusivement du rein droit; 2° que le rein droit n'était pas complètement détruit puisqu'il sécrétait encore 8 grammes d'urée et 6 de chlorure; 3° que le rein gauche fonctionnait normalement, puisqu'il laissait passer l'indigo-carmin à la onzième minute et qu'il donnait 14 grammes d'urée et 8 de chlorure.

Comme je m'étais assuré antérieurement par l'inoculation des urines qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose rénale, je portai le diagnostic de néoplasie du rein droit.

Malgré le chlorure de calcium, administré à la dose de 4 grammes par jour, l'hématurie continuait, affaiblissant de plus en plus la malade qui avait des éblouissements et ne pouvait se tenir debout.

Je me décidai alors à l'intervention et l'incision lombaire droite me permet de découvrir un énorme néoplasme

rénal développé principalement aux dépens de la moitié supérieure du rein et caché sous les côtés. Ce fait expliquerait pourquoi je n'ai pu percevoir cette tumeur à la palpation bimanuelle.

Je pratique la néphrectomie, non sans difficultés, à cause des adhérences avec le foie. La ligature du pédicule fut facile. Le soir de l'opération, les urines reprennent une couleur jaune clair, couleur qu'elles ont gardé depuis. La guérison est survenue en 25 jours sans le moindre incident. J'ai revu la jeune fille à la fin de juillet, deux mois après l'opération. Elle avait repris des forces et des couleurs et ne présentait aucun signe de récidive. L'examen histologique montrera plus tard qu'il s'agissait d'un sarcome.

Malheureusement la jeune fille mourut 8 mois après de récidive.

Ces trois observations illustrent d'une façon parfaite les contre indications opératoires que nous allons exposer et nous amèneront ensuite à voir ce que l'on peut faire pour améliorer les résultats de la néphrectomie.

IV. — CONTRE INDICATIONS

Les contre indications peuvent provenir :

1° Du rein cancéreux ;
2° Du rein congénère ;
3° De l'état général du malade.

A. Venant du rein cancéreux. — *a*) Il est certain que si l'on se trouve en présence d'une tumeur ayant envoyé des prolongements néoplasiques dans tous les tissus périrénaux, le pronostic en sera d'autant plus sombre. Ecoutons ce que dit Tuffier à ce sujet :

« Le volume de la tumeur peut être apprécié ainsi que nous l'avons vu par la clinique, mais celle-ci est insuffisante pour déceler les adhérences ».

Notre maître, M. le professeur Forgue s'exprime ainsi : « Mais la conservation partielle de la mobilité transversale n'est point une garantie que le néoplasme n'a pas diffusé hors de sa capsule et contracté des adhérences graves avec le diaphragme, avec les gros vaisseaux, avec le foie, avec l'intestin.

Maintes observations en témoigne, la tumeur oscille sur place par sa masse superficielle, ce qui trompe sur cette fixité profonde, réelle ». Cependant quelques adhérences peuvent être indiquées par la clinique. La propagation à la veine cave qui s'annonce par les signes classiques, ascite,

œdème des membres inférieurs). La trombose de la veine cave est une contre-indication absolue de la néphrectomie d'après Gayet et Bériel, et malgré la guérison opératoire de Chevassu, signalé à l'Association française du cancer (20 déc. 1911), nous nous rangeons à leur avis. D'ailleurs Chevassu avoue lui-même que son opération fut incomplète et qu'il dut laisser en place un thrombus néoplasique. En plus on s'expose à des blessures très graves de ce vaisseau.

La propagation aux troncs nerveux et pouvant faire de la compression médullaire s'annonce par des douleurs qui au premier abord peuvent en imposer pour une crise de colique néphrétique (obs. de Latreille à la Société anatomique du 6 janv. 1908). La radiographie négative, la constatation d'une tumeur ou d'une induration de la masse musculaire rétro-vertébrale tranche bien vite le diagnostic

La propagation aux voies lymphatiques expliquerait pour certains auteurs la varicocèle à laquelle Legueu donne une grande importance mais qui a été fortement discuté par Héresco-Rafin (in Lavoipierre).

Il peut y avoir compression par la tumeur des divers organes adjacents, voies biliaires, pylore, côlon, foie, rate. Enfin la présence constatée de métastase est une contre indication absolue.

B. Venant du rein congénère. — a) *bilitéralité des lésions.* — Chez les enfants cette bilitéralité est assez fréquente. Albarran la signale 4 fois sur 137 cas. Paul (*in* Tuffier) pense que la bilatéralité existe dans 50 % des cas. Pour M. Tuffier la proportion juste serait de 7 à 9 %. Personnellement nous avons trouvé trace de 8 cas de bilatéralité chez l'enfant (Œlnitz et Bouchot; Fürster et Buchmann (K. K.); Mancini; Mihrer; Brido, de Vecchi et

Sinibaldi en signalent 3 cas (Fisher, Napier, Whelan).

Chez l'adulte la bilatéralité est regardée comme très rare. Albarran cite, sur 87 cas d'adultes, un cas de bilatéralité (Vandervelde).

Nous en avons trouvé trois cas (Sabrasez, Wagner, Virchow), donc, contrairement à l'opinion de Legueu les cas de bilatéralité, de tumeurs cancéreuses primitives, ne constituent pas une exception, surtout chez les enfants et il est intéressant de signaler cette bilatéralité possible pour éviter des néphrectomies injustifiées.

Marion, au troisième Congrès de la Société internationale d'urologie, dit que seul le danger de mort immédiate doit l'autoriser et ceci nous amène au deuxième problème à résoudre.

b) *Quelle est la valeur fonctionnelle de l'autre rein.* — Rappelons que surtout dans les cas avancés il y a toujours un peu de néphrite toxhémique qui, d'ailleurs, peut disparaître par l'ablation de la tumeur chez ces malades. En effet, après les néphrectomies en général, il y a une véritable hypertrophie compensatrice. M. Pousson estime que la néphrectomie donne lieu à une hypertrophie compensatrice, ne diminue pas la résistance aux infections et ne gêne pas la croissance chez les enfants. M. Vincent (de Tours) à la seizième réunion de l'Association française d'urologie, pousse même plus loin l'affirmation et dit que la néphrectomie améliore la valeur du rein restant et par conséquent place l'organisme en meilleur état de défense contre les processus infectieux. Cette hyperthrophie selon M. Carnot, serait apparue après deux semaines dans 87 cas sur 92. M. Ambard recule cette limite à six semaines. Tuffier, au contraire, refuse aux néphrectomisés pour can-

cer, le bénéfice de cette hyperthrophie qu'il considère comme exceptionnelle.

Donc il faut connaître exactement la valeur de chaque rein, et pour cela faire une analyse qualitive et quantitative de l'urine excrétée par chaque rein, car, comme le dit Tuffier: « Dans les cas qui seraient cliniquement opérables, si la valeur du rein opposé est nettement compromise, il faut s'abstenir. » On aura donc recours aux procédés habituels de séparation des urines (cathétérisme des urétères, séparateur de Luys) et ensuite on procèdera à la recherche des chlorures, phosphates, albumine, urée, il faudra également rechercher la quantité d'urée dans le sang, voir le rapport entre l'urée du sang et celle des urines et enfin terminer par la recherche de la constante uréïque d'Ambard.

Le rein que nous allons laisser en place est normal, mais cela ne suffit pas, car il va, du fait de l'ablation de son congénère, avoir à assurer un surcroît de travail. En effet, il est bien rare que quelque altéré qu'il soit, le rein cancéreux n'aide pas un peu à la dépuration de l'organisme. Il faut donc se rendre compte, si lorsque l'on aura extirpé le rein malade, celui qui restera pourra fournir un travail supplémentaire et ce renseignement nous sera donné par la recherche de la polyurie expérimentale et la recherche de la concentration maxima de l'urée: « En pratique, il faut que le rein laissé en place excrète 25 grammes d'urée et que la constante uréïque ne dépasse pas 0 gr. 160 » (Ambard).

c) Et maintenant examinons les *contre-indications* qui peuvent venir de l'état général du malade. Il est certain qu'avec un sujet cachectique, chez lequel la dénutrition est fort avancée, chez lequel l'organisme est débilité et intoxiqué, par les toxines cancéreuses, nous irons, en interve-

nant, au devant d'un désastre. Quelquefois en doppant le malade on arrive à le remonter et à lui donner la force nécessaire pour supporter l'opération. Mais la survie n'en est point augmentée, au contraire, car l'exposant au shock opératoire, à la menace de collapsus et à l'intoxication anesthésique, nous lui faisons courir trois risques au lieu de un. Notre maître, M. le professeur Forgue insiste tout particulièrement sur la rigueur de cette contre-indication venant de la déchéance de l'organisme et tout particulièrement sur les lésions du cœur, il ne faut pas oublier que plus que jamais ici le collapsus cardiaque est à craindre et si l'intégrité du myocarde n'est pas absolu, il vaut mieux s'abstenir.

V. — CE QUE L'ON PEUT FAIRE POUR AMELIORER LES NEPHRECTOMIES

1° En toute première ligne il faut inscrire l'utilité du diagnostic précoce.

Nous allons étudier rapidement les moyens d'y parvenir.

a) Le malade se présente avec des hématuries, seul symptôme. C'est le cas le meilleur car, quelquefois, cette hématurie est très précoce (cf. ob. II). Elle doit jouer le rôle de signal d'alarme et ce que notre maître, M. le professeur Forgue, dans ses cliniques magistrales, dit des métrorragies pour le cancer de l'utérus pourrait s'appliquer ici aux hématuries. Toute hématurie rénale n'ayant pas fait ses preuves de lithiase ou de tuberculose doit orienter l'esprit du praticien vers une néoplasie latente. En 1911, Chevassu lance le même appel: « Lorsqu'il arrive comme dans le cas de tumeurs rénales, que le cancer se manifeste à une période relativement pas trop tardive, par un phénomène qui attire forcément l'attention comme une hématurie, il est infiniment regrettable que le problème ne soit pas à cet instant même posé d'une façon précise... Toutes les fois qu'un symptôme est tel qu'il puisse faire prévoir la possibilité d'un néoplasme nous considérons que le malade ne doit sortir des mains du médecin

qu'avec un de ces deux diagnostic: cancer ou pas cancer ».

Il ne faudra pas attendre comme dans le cas des observations II et III, que l'hématurie par son abondance et sa fréquence fasse indication formelle d'intervention.

b) Le malade se présente avec une tumeur seule. Ici, plus que jamais, le pronostic devra être réservé; plus que jamais aussi le chirurgien aura à répondre aux questions suivantes:

α) Est-ce une tumeur rénale? Pour y répondre nous avons les différentes caractéristiques telles que sonorité du côlon au devant de la tumeur, abaissement sous l'action de l'aspiration profonde, etc.

Erémitch, en 1909, fit une communication à la Société gynécologique de Saint-Pétersbourg: sur un signe de diagnostic différentiel des tumeurs de la cavité abdominale. Il l'appelle l'albuminurie par palpation; en prenant la tumeur entre les deux mains et en la comprimant on voit, si la tumeur est d'origine rénale, apparaître, dans les urines que l'on recueille ensuite, une albuminurie passagère. En tous les cas, si la tumeur siège à gauche, s'abstenir de ponction qui, en cas d'erreur de diagnostic, pourrait être un désastre si on avait à faire à une rate paludéen. D'autre part, en retirant le trocart on risque de faire des inoculations cancéreuses dans les différents plans traversés.

β) Cette tumeur est-elle mobile? Nous avons déjà répondu longuement à cette question, nous n'y reviendrons pas; nous rappellerons seulement qu'il ne faut opérer que les tumeurs mobiles, ou tout au moins paraissant telles. Ici la lombotomie exploratrice pourra nous être d'un grand secours.

2° *Facteur tenant à l'opération elle-même:*

A. *Aensthésie.* — Celle-ci peut être:

a) Locale

1° Régionale;
2° Rachianesthésie.

b) *Générale*

1° Ether;
2° Chloroforme.

a) *Locale.* — L'anesthésie régionale est celle portant sur les racines à leur émergence. Elle est peu sûre car très délicate à effectuer.

B. La *rachianesthésie* est parfaite en théorie car on est sûr:

1° Du résultat de l'anesthésie;
2° De la dose de médicament absorbé.

Mais elles présentent leur inconvénient que Marion a signalé à la Société de chirurgie en 1914. En effet, quelque précis qu'ait pu être l'examen clinique de la tumeur au point de vue de la mobilité et adhérences possibles, le chirurgien peut avoir des surprises désagréables et il peut se faire qu'il survienne, au cours de l'intervention, des incidents capables d'impressionner défavorablement le malade.

b) *Générale.* — Ici l'éther nous semblera préférable au chloroforme car son action se fait surtout sentir sur le poumon et ne touche que fort peu le rein.

B. Quelle voie choisir? En 1911, Chevassu proposa à l'Association française du cancer un procédé spécial de

néphrectomie pour cancer, lequel semble être le procédé de Grégoire modifié. Cette communication fit prendre la parole à de nombreux et distingués orateurs et nous donnons ici les résumés succints des opinions qu'ils émirent:

M. Le Dentu se demande si la voie transpéritonéale d'emblée n'est pas la meilleure car souvent, en cas de tumeur très volumineuse on est appelé à s'attaquer ultérieurement au péritoine.

M. Legueu défend l'opération de Grégoire au point de vue théorie et la compare à « l'opération adéquate des Anglais » pour le cancer du rein, c'est-à-dire large et d'un seul tenant, sans morcellement.

M. Tuffier s'élève contre la chirurgie à outrance et cherche la précocité du diagnostic, il considère la capsulectomie comme très grave, la voie lombaire a ses préférences quoique la voie traspéritonéale soit plus logique.

Notre maître, M. le professeur Jeanbrau nous semble donner la note juste: il y a deux voies, dit-il, lombaire et transpéritonéale si l'on a affaire à une petite tumeur limitée, ne saignant pas trop, on doit donner la préférence à la première car elle est moins shokante. Au contraire, s'il y a adhérence, tumeur déjà volumineuse, en empruntant la voie transpéritonéale, on aura plus de vue sur la tumeur, surtout pour la ligature du pédicule, d'ailleurs dans la néphrectomie la voie n'a pas une très grosse importance, c'est surtout le volume et les adhérences qui font le pronostic.

C. Faut-il enlever systématiquement les capsules surrénales comme Grégoire au début, ou faut-il les laisser en place? Grégoire enlevait la masse d'un seul tenant; Tuffier, au contraire, signale l'importance de la conservation de ces glandes, les quelques opération totales qui ont été

pratiquées ont donné de véritables désastres : 4 morts sur 4 interventions à Necker Krônlein n'a pas de meilleur résultat. Küster a trois cas de morts dans les quelques heures qui suivent l'intervention.

M. le professeur Forgue, en 1902, avait lumineusement signalé la question quand il insistait sur le danger de collapsus cardiaque et d'hypotension vasculaire que couraient les néphrectomisés. Les travaux postérieurs sur l'importance des capsules surrénales ont montré le bien fondé des remarques de notre maître. Malheureusement, par suite des adhérences, les surrénales sont souvent lésées au cours de l'intervention et pour diminuer le choc opératoire il faudra aller vite en opérant et éviter les tiraillements trop prolongés sur la tumeur ou sur le péritoine ; d'autre part il faudra donner : 3° des soins post-opératoires. Il faudra surveiller le malade, surtout au point de vue appareil circulatoire et appareil urinaire. Le danger réside dans la possibilité d'une défaillance cardiaque fréquente chez ces malades. M. le professeur Forgue se demande pourquoi la néphrectomie est-elle exposée plus que toute autre intervention à ce danger? » et il répond : « Le péril vient surtout de l'asthénie cardiaque et de l'hypotension vasculaire. » C'est pourquoi, à titre prophylactique, donner de l'adrénaline, des toniques de l'organisme en général, et du cœur en particulier, surtout si au cours de l'intervention on a lésé les surrénales.

Il faudra aussi surveiller les urines ; une sécrétion normale ou légèrement inférieure à la normale appelle un bon pronostic.

VI. — CONCLUSIONS

I. — Le cancer du rein étant une affection fatale, on est autorisé, sauf contre indication, à tenter la néphrectomie, étant donné les résultats que l'on a obtenu.

II. — Les contre indications sont:

1° La cachectisation avancée du malade ne lui permettant pas de supporter l'anesthésie et le shock opératoire;

2° Une lésion ayant trop altérée le rein congénère, qui ayant été examiné:

a) Par le cathétérisme urétéral;

b) Par les diverses réactions biologiques ne semble pas suffisant pour assurer la dépuration de l'organisme.

3° L'adhérence de la tumeur, celle-ci pouvant être vérifiée au besoin par une lombotomie exploratrice sous-anesthésie locale.

III. — Toute hémorragie rénale n'ayant pas fait ses preuves de lithiase ou de tuberculose doit attirer l'attention du chirurgien sur la possibilité d'une néoplasie latente.

IV. — Chez les enfants les résultats sont vraiment déplorables et la néphrectomie n'est pas à conseiller.

V. — La néphrectomie, une fois décidée, doit viser à atteindre et à concilier les buts suivants :

Opération rapide ;

Economie de sang ;

Excision large de la tumeur en respectant le plus possible les capsules surrénales.

VI. — L'amélioration des résultats de la néphrectomie grandira avec la précocité du diagnostic.

VII. — Toutes les fois qu'au cours de l'intervention on trouvera une tumeur n'ayant pas franchi les limites de l'atmosphère graisseuse périrénale, le pronostic, quoique réservé, sera moins sombre.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran et Imbert. — Traité des tumeurs du rein, Parie, 1903.

Albarran. — Tumeurs du rein. In Le Dentu et Delbet.

Ambard. — Physiologie du rein, 1920.

— In Poussson et Desnot. *Encyclopédie fr. d'urologie,* 1914.

Barth. — *Deutsche med. Woschenschr.,* 1909.

Bazy. — Académie de médecine, 25 févr. 1913.

Bérard. — *Lyon Médical,* 11-1894.

Bier. — *Congrès chirurgie, Berlin,* 1913.

Bloch. — Folia Urologica, 9-09.

Braasch. — *Journ. of the am. med. Ass.,* 1913.

Brewer. — *Medical Revue,* 1909.

Brodeur. — Aff. chir. du rein. *Thèse Paris,* 1886.

Carnot. — *Soc. de biologie,* 24 mai 1913.

Chevallier. — In Forgue. *Rapport de* 1902, *Ass. urologie.*

Chevassuu. — *Ass. fr. du cancer,* 1911.

Czerny. — In Jordan. *Beitr zur Kliniker chir.,* 1895.

Le Dentu. — *Ass. fr. du cancer,* 1911.

Forgue. — *Rapport à la VI^e^ session de l'Association française d'urologie, Paris,* 1902.

— et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.

Gayet et Bériel. — *Lyon chirurgical,* 1913.

Guillet. — Tumeur maligne du rein. *Thèse Paris,* 1888.

Grégoire. — *Thèse de Paris,* 1905.
Granjean. — *Journal d'urologie,* 1914.
Hartmann. — *Chirurgie anatomo-clinique,* 1904.
— *Association de chirurgie,* 1909.
Hartung. — *Deutsche Zeitschrift für chir.,* 1914.
Héresco. — *Thèse de Paris,* 1899.
Israel. — *Chirurgische Klin. für Nierenkrank,* Berlin, 1901.
Jeanbrau et Etienne. — *Journal d'urologie,* 8-12 et 6-13.
Jeanbrau. — *Journal d'urologie,* 1911.
— *Montpellier Médical,* 10-10.
Jocely Swann. — *The Lancet,* 1913.
Jordan (Max). — *Beit zur Klink chir.,* 1895.
Kirmisson. — Chirurgie infantile, 1906.
Kronlein. — Folia Urologica, 10-08.
Kummel. — *Congrès chirurgie, Berlin,* 1913.
Kuster. — *Congrès intern. Moscou,* 1890.
Lavoipierre. — *Thèse de Lyon,* 1911.
Lecène. — In Hartmann. *Chr. anatomo-clinique.*
Legueu. — *Traité d'urologie, Paris,* 1911.
— Ass. fr. du cancer, 1911.
— *Troisième Congrès de la Soc. intern. de chirirgie,* 1914.
Loughnane. — *Brit. Journ. of Surgery,* 1914.
Marion. — *Soc. de chirurgie,* 1er juillet 1914.
— *Troisième Congrès de la Société intern. de chir., Berlin,* 1914.
Marquez. — *Thèse de Montpellier,* 1898.
Mouchet. — *Rapp. au Congrès de pédiastrie, Alger,* 1907.
Pousson. — *Ass. journ. of urologie,* 1913.
Rafin. — In Lavoipierre. *Thèse de Lyon,* 1911.
Riedel. — In Grohe. *Dent. Zeit für chirurgie,* 1901.

ROSWING. — *Soc. inter. de chirurgie,* 1908.

— Ueber die Diagnose und die Behandlung der Bosartigen Nierengeschwülste bei Exwachsenen. *Arch. Klin. chirurg., Berlin,* 1896.

SCHAW DUNN. — *Med. chir. journ. of, Glasgow,* 1913.

SCHIEDE. — In Schmieden. *Deutsche Zeit für, chirurgie,* 1902.

SIEGRIEST. — *Thèse de Zurich,* 1889.

TADDEI. — Folia urologica, juin, sept., 1908.

TRENDELENBURG. — In Perthes. *Deut. Zeit füur chir.,* 1895.

TUFFIER. — *Bulletin de l'Ass. fr. du cancer,* 1911.

— et BRÉCHGT. — In Pousson et Desmot. *Encyclopédie française d'urologie,* 1914.

WAGNER. — Folia Urologica, 4-12.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 9 avril 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 9 avril 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!